



Solicitud de Admisión para Tratamiento de Recuperación Residencial

Programa de Hombres - RRS 3.1

Latinas y Niños - COE/RRS 3.1

Nombre completo:		Fecha de envío:
Referido por:	Contacto del personal:	Relación con el solicitante:
Dirección:	Teléfono:	Fax:
¿Qué servicios está buscando?:		

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre completo:		# Seguro Social:
¿Ha utilizado algún otro nombre? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, por favor anote el nombre o los nombres y complete lo siguiente:</i>		Fecha de nacimiento:
		Género:
Tipo de nombre alterno: ☐ Alias ☐ Apodo ☐ Nombre de casado(a) ☐ Nombre de nacimiento ☐ Nombre de matrimonio previo ☐ Otro: _____		Orientación sexual:
Idioma Primario:	Idioma de preferencia para la entrevista:	
☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____	☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____	
Última dirección utilizada:		¿Con quién vivía?
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		
¿Podemos dejarle un mensaje a este número? ☐ Sí ☐ No		Si ha estado sin hogar, indique hace cuánto tiempo: _____
¿Ha participado en este programa anteriormente? ☐ Sí ☐ No		
Si no tiene teléfono, ¿a quién podemos contactar para dar seguimiento a esta entrevista?		Teléfono:
NOMBRE:		
CONTACTO DE EMERGENCIA -Nombre:		Relación:
Dirección:		Teléfono:
¿Tenemos permiso para dejarle mensajes en este número? ☐ Sí ☐ No		

<u>VIVIENDA</u>		
¿Actualmente tiene sección 8 o alguna otra vivienda subsidiada bajo su nombre? ☐ Sí ☐ No		
¿Cuál es su estatus de vivienda? (Dónde durmió anoche)		
☐ Refugio de emergencia	☐ Cárcel/Prisión	☐ Condominio/Casa de su propiedad
☐ Cuarto/Apartamento/casa que renta	☐ Facilidad/ Hospital psiquiátrico	☐ Vive con un familiar
☐ Centro de tratamiento del abuso de sustancias	☐ Facilidad de desintoxicación	☐ Vive con un amigo
☐ Hospital no psiquiátrico	☐ Hotel pagado sin bono de refugio de emergencia	☐ Lugar no destinado para vivir (banco, calle, parque)
☐ Desconoce	☐ Se rehúsa	☐ Otro: _____
Si renta, ¿cuál es su pago normal? _____ ¿Es segura su situación de vivienda actual? ☐ Sí ☐ No		
¿Cuáles son sus necesidades de vivienda?		
INFORMACIÓN MÉDICA:		
¿Recibe algún cuidado médico regular? ☐ Sí ☐ No		Fecha de su última visita:
Si contestó sí, indique su proveedor primario:	Hospital/Clínica:	Teléfono:
Mencione otra agencia de cuidados de la salud con la que esté involucrado (CMA, VNA, etc.)		
¿Utiliza alguna ayuda para la movilidad? (Marque todas las que apliquen):		
☐ No ☐ Muletas/Bastón ☐ Andador ☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas eléctrica ☐ Otro: _____		
Discapacidades:		
Discapacidad visual: ☐ Sí ☐ No		Discapacidad auditiva: ☐ Sí ☐ No
Discapacidad del autocuidado/ADL: ☐ Sí ☐ No		Discapacidad del desarrollo: ☐ Sí ☐ No
¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud? ☐ No ☐ Diabetes ☐ Enfermedad del corazón ☐ Asma ☐ Hepatitis (A, B, C) ☐ VIH ☐ Otro: _____		Si es VIH positivo: ¿Cuál es la fecha de diagnóstico?
¿Actualmente está siendo tratado medicamente para alguna de estas condiciones? ☐ Sí ☐ No		
¿Tiene alguna complicación neurológica relacionada a su estatus de VIH? ☐ Sí ☐ No		
Si contestó sí, por favor describa:		
¿Actualmente toma algún medicamento? (Incluyendo prescripciones, psicotrópicos, OTC, suplementos naturales, etc.) ☐ Sí ☐ No		
Medicamento	Razón fundamental/ Condición	Dosis/Ruta/ Frecuencia

¿Padece de alguna alergia? ☐ Sí (<i>si contestó sí, indique abajo</i>) ☐ No ☐ Desconoce		
Alimento(s): _____	Medicamento(s): _____	Ambiental: _____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN FAMILIAR			
¿Cuál es su estatus marital actual? ☐ Casado(a) <u>Legalmente</u> (<i>Si contestó sí, ¿cuántas veces?: _____</i>) ☐ Soltero(a) con pareja de hecho ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Soltero(a), nunca casado(a) ☐ Viudo(a)			
¿Nombre de su pareja? (si alguno) _____		¿Ha habido violencia en esta relación? ☐ Sí ☐ No	
¿Tiene alguna orden de alejamiento? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, ¿en qué corte? _____		¿Continúa vigente esta orden? ☐ Sí ☐ No	
Historial de abuso de sustancias de su pareja, si alguno:			
Está embarazada/esperando? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A		<i>Si contestó sí, indique fecha para dar a luz:</i> _____	
¿Tiene hijos? ☐ Sí ☐ No ☐ Se rehúsa ☐ Desconoce		<i>Si contestó sí, indique cuántos:</i> _____	
¿Tiene la custodia legal? ☐ Sí ☐ No		¿Tiene la custodia física? ☐ Sí ☐ No	
Si contestó no, ¿es su meta volver a reunificarse con sus hijos? ☐ Sí ☐ No		¿Está el Departamento de la Familia (DCF) involucrado con alguno de estos niños? ☐ Sí ☐ No	
Edad y Género:	Edad y Género:	Edad y Género:	Edad y Género:
¿Es usted el cuidador primario de estos niños?		☐ Sí	☐ No
¿Necesita ayuda con el cuidado de sus hijos?		☐ Sí	☐ No
¿Ha hecho arreglos para tener un cuidador mientras está en el programa?		☐ Sí	☐ No
¿Dónde residen actualmente los niños?: _____			
HISTORIAL ACADÉMICO/VOCACIONAL:			
Nivel académico más alto completado: Grado: _____ Universidad: _____			
¿Tiene algún entrenamiento o certificado vocacional o profesional? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, indique cuál: _____			
¿Tiene alguna discapacidad para el aprendizaje? <i>Si contestó sí, indique cuál:</i> _____			
OBLIGACIONES LEGALES:			
¿Tiene actualmente o pendiente algún caso u obligación legal? ☐ Sí ☐ No		¿Tiene algún mandato judicial pendiente? ☐ Sí ☐ No	
Si contestó sí, ¿cuál es el estatus de estos casos u obligaciones (resultados y/o sentencia)? :			
Oficial de probatoria/libertad condicional (Si aplica):		Teléfono:	
Dirección:		Última visita al Oficial:	
¿Ha sido liberado recientemente de un encarcelamiento de más de 4 meses? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, indique cuándo:</i> _____			

¿Alguna vez ha sido afiliado a una ganga/pandilla? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, indique el nombre de la ganga/pandilla:</i>		<i>Si contestó sí, ¿actualmente es afiliado?</i> ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, indique el nombre de la ganga/pandilla:</i>	
¿Tiene antecedentes de provocar incendios? ☐ Sí ☐ No		¿Es usted un delincuente sexual registrado? ☐ Sí ☐ No	
¿Existe alguna otra responsabilidad legal que puedan comprometer su tratamiento o proceso de recuperación? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó Sí, ¿indique cuáles son?:</i>			
HISTORIAL DE SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICO:			
¿Actualmente recibe algún tipo de servicio de salud mental? ☐ Sí ☐ No			
<i>Si contestó sí, ¿con cuánta frecuencia?</i>		¿Fecha de su última visita?	
<i>Si contestó no, ¿alguna vez ha recibido algún tipo de servicio de salud mental, psiquiátrico o psicológico?</i> ☐ Sí ☐ No			
Ya sea actualmente o en el pasado, ¿qué tipo de servicios/tratamientos ha recibido? (Marque todas las que apliquen): ☐ Vivienda de apoyo/Residencial ☐ Tratamiento parcial diario/intensivo ☐ Otro: _____ ☐ Ambulatorio ☐ Hospitalización psiquiátrica ☐ Tratamiento comunitario asertivo ☐ Hogar de tratamiento/Rehabilitación <u>(No relacionado a uso de sustancias)</u>			
Número de hospitalizaciones de pacientes psiquiátricos: _____ Fecha de la más reciente: _____			
Tipo	Fechas	Razón	Proveedor/Información de la agencia (Nombre y teléfono): ☐ Sí ☐ No ☐ En curso
			☐ Sí ☐ No ☐ En curso
			☐ Sí ☐ No ☐ En curso
			☐ Sí ☐ No ☐ En curso
			☐ Sí ☐ No ☐ En curso
¿El tratamiento fue efectivo? ☐ Sí ☐ No			
Diagnósticos actuales y pasados:			
Tipo de diagnóstico		Fecha del diagnóstico	
<i>Si conoce, indique las fuentes de información:</i> ☐ Cliente ☐ Registros de tratamiento ☐ Otro proveedor ☐ Miembro familiar ☐ Diagnóstico sospechoso/No oficial ☐ Otro: _____			
¿Algún historial de trastornos alimenticios? ☐ Sí ☐ No		<i>Si contestó sí, ¿ha recibido tratamiento?</i> ☐ Sí ☐ No	

<i>Si contestó sí, ¿qué tipo?</i> ☐ Anorexia Nervosa ☐ Bulimia Nervosa ☐ Otro: _____			
EVALUCIÓN DE RIESGO:			
¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño a sí mismo o a otra persona? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, ¿tenía un plan y cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño?</i>			
¿Alguna vez se ha lastimado o herido físicamente a sí mismo o a otra persona intencionalmente? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, ¿tenía un plan y cuándo fue la última vez que se lastimó físicamente o que lastimó a otra persona?</i>			
HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO:			
Uso de sustancias primario (ej.: alcohol, cocaína, crack, heroína)		Frecuencia:	
# Cantidad de años de uso <u>activo</u> :	Edad de inicio:	Primera sustancia utilizada:	
Edad cuando el uso de sustancias comenzó a ser un problema:		Fecha de último uso:	
Periodo más largo que ha estado libre de drogas:	Fechas:	¿Cómo sostiene su uso de drogas?	
¿Alguna vez ha participado en cualquier tipo de tratamiento para uso de sustancias? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, indique cuál:</i> ☐ Desintoxicación # de veces _____ ☐ Ambulatorio, # de veces _____ ☐ Hospitalización/Residencial, # de veces _____			
¿Por qué se fue del tratamiento?		¿Ha asistido alguna vez a un programa de 12 pasos? ☐ AA ☐ NA	
¿Existe alguna otra conducta adictiva que a usted u otras personas le preocupe? (comida, juegos de azar, ejercicio, sexo, etc.)? ☐ Sí ☐ No <i>Si contestó sí, por favor describa:</i>			
¿Actualmente está en algún tratamiento asistido con medicamentos? ☐ Sí ☐ No		<i>Si contestó sí, indique fecha de inicio:</i>	
☐ Suboxone	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:
☐ Metadona	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:
☐ Naltrexona	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:
☐ Otro:	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:

Tipo de Seguro Médico (*Marque todas las que apliquen*):

- | | |
|---|--|
| ☐ Medicaid/Mass Health | ☐ Medicare (sobre 65 años o incapacitado) |
| ☐ OT-subsidio del Estado (e.j. Commonwealth Care, Health Safety Net) | ☐ HMO (seguro privado pagado por el empleador o el cliente) |
| ☐ No tiene seguro | ☐ Otro: |
| ☐ Solicitud pendiente | |

Compañía Seguro: _____ Nombre de póliza: _____
Póliza: _____ # Grupo: _____ Fecha de inicio: _____

¿Tiene algún seguro? ☐ Sí ☐ No *Si contestó sí, indique la información sobre el seguro:*

Compañía Seguro: _____ Nombre de póliza: _____
Póliza: _____ # Grupo: _____ Fecha de inicio: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA:**Fuentes de Ingreso** (*Marque todas las que apliquen*):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Salario/Jornal | ☐ Pensión alimenticia | ☐ Pensión de veteranos | ☐ Manutención hijos |
| ☐ Asistencia-pública general | ☐ Asistencia pública-AFDC | ☐ Compensación de trabajadores | ☐ Ingreso efectivo |
| ☐ Discapacidad-SSI | ☐ Discapacidad-SSDI | ☐ Discapacidad-Veteranos | ☐ Discapacidad-Privado |
| ☐ Seguro Social | ☐ Desempleado | ☐ Ninguno | ☐ Otra: _____ |

Ingreso Total del Cliente: _____ Frecuencia del ingreso: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual
☐ Anual

NOTAS Y COMENTARIOS ADICIONALES:

Firma del cliente:

Fecha:

Firma del entrevistador:

Fecha:

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Fecha en que recibió el referido:	Fecha del primer contacto:	Número de registro:
¿Se coordinó entrevista? ☐ Sí ☐ No	Si se coordinó, ¿qué tipo de entrevista? ☐ Teléfono ☐ En persona	
Si no se coordinó, ¿por qué?		
Firma del director: _____		Fecha: _____

PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN ÚNICAMENTE

¿Programar admisión? ☐ Sí ☐ No
Si no, elija el motivo: ☐ Más información requerida ☐ Requiere reunión presencial
☐ No es apropiado para nuestro nivel de atención.

Próximos pasos: _____

Firma del director: _____ Fecha: _____